

# **SIKAP SUAMI TERHADAP KONTRASEPSI PRIA**

## **SKRIPSI**

**Diajukan kepada Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta  
Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Memperoleh  
Derajat Sarjana S-1 Psikologi**



**Diajukan oleh :**

**APRILYA PURWANING ASTUTI**

**F 100 050 103**

**FAKULTAS PSIKOLOGI  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

**2010**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Pada masyarakat kuno, kependudukan bukan merupakan masalah, karena angka kematian yang tinggi, *abortus*, pembunuhan bayi bahkan persembahan manusia untuk dewa semuanya merupakan pengendali laju pertumbuhan penduduk, tetapi upaya pencegahan kehamilan telah ada. Teknologi kontrasepsi telah dikenal sejak jaman kuno, setidaknya sejak 2700 SM dengan ditemukannya di China sebuah resep yang menulis tentang obat peluntur (*abortifum*) yang diduga merupakan teknologi kontrasepsi pertama dalam sejarah keluarga berencana. Di Mesir ditemukan pula catatan tentang beberapa resep *pasta vagina* pada tahun 1850 SM, dan *tampon vagina* pada tahun 1550 SM. *Tampon vagina* terdiri atas akasia tanah, tanaman yang mengandung *gom Arab* karena proses *fermentasi* akan menghasilkan *asam laktat* yang sampai sekarang terkenal dengan *spermisida*. Di India ditemukan pula catatan medis dalam Bahasa Sanskrit yang melukiskan usaha *abstinensi*, *tampon vagina*, dan obat *vagina* (Siswosudarmo, 2007).

Praktek kontrasepsi dengan senggama terputus telah disebutkan didalam Alkitab. Di awal abad ke dua, di Yunani, telah diletakkan dasar pemikiran kontrasepsi. Di abad pertengahan para dokter Islam seperti Ibnu Sina (Avicena) mengatakan bahwa kontrasepsi merupakan bagian yang sah dari praktek kedokteran yang terdiri atas beberapa salep, *barier vagina* dan senggama

terputus. Senggama terputus yang dalam Bahasa Arabnya disebut *Al azl*, yang termuat dalam hadist Nabi Muhammad SAW (Siswosudarmo, 2007).

Perkembangan teknologi kontrasepsi pada awalnya berjalan lambat. Setelah cara sederhana diatas berjalan sampai abad pertengahan, pada tahun 1564, Fallopius merancang linen sebagai penutup *glans penis* dalam melindungi kemungkinan tertular *sifilis*. Ternyata usahanya mengilhami penemuan teknologi kontrasepsi modern. Pada tahun 1843, kondom pertama yang terbuat dari karet diperkenalkan. Kontrasepsi secara pembedahan (*sterilisasi*) juga mengalami kemajuan dengan teknik yang lebih sederhana seperti *minilaparotomi*, *laparoscopi* (secara *kauterisasi* maupun pemasangan cincin *fallop*) dan *vasektomi* tanpa pisau. Inovasi teknologi kontrasepsi dimulai dengan cara sederhana tanpa alat, seperti senggama terputus, kemudian alat sederhana seperti *kondom* dan akhirnya cara yang sangat mantap yakni kontrasepsi pembedahan seperti *vasektomi* (Siswosudarmo, 2007).

Perkembangan teknologi kontrasepsi yang cepat, tidak diimbangi dengan peran serta pria untuk ikut berpartisipasi dalam menggunakan kontrasepsi. Demi terwujudnya peran serta pria dalam ber-KB, maka terdapat program KB jangka panjang dalam tercapainya Keluarga Berkualitas 2015 yaitu upaya mencapai peningkatan kesetaraan pria dalam ber-KB. Berdasarkan SKDI 2002-2003, peserta KB pria di Indonesia hanya berada pada kisaran 1,3 % dari target propenas 2000-2004 yang mencapai angka 8 %. Pada tahun 2005, peran serta pria ditargetkan kembali menjadi 2,5 %. Program KB dengan angka 1,3 % tersebut tidak bisa dianggap kecil. Pasalnya, mengubah paradigma yang berkaitan dengan

budaya patriarki dimana peran pria demikian besar ketimbang wanita bukanlah pekerjaan mudah. Selama ini, wanita sudah sedemikian wajar untuk berperan aktif menjadi peserta KB, tentunya dengan niat melayani suami dengan sebaik-baiknya (Soemarjati, 2008).

Ketidaksetaraan gender dalam bidang KB dan Kesehatan Reproduksi sangat berpengaruh pada keberhasilan program. Sebagian besar masyarakat dan provider serta penentu kebijakan masih menganggap bahwa penggunaan kontrasepsi adalah urusan perempuan. Oleh karena itu, peserta KB pria di Indonesia masih sangat rendah yaitu masih dibawah 2 %, disamping masih relatif rendahnya kepedulian pria terhadap proses reproduksi keluarganya terutama dalam hal kehamilan dan kelahiran. Dimasa lalu, persoalan pengaturan kelahiran lebih banyak difokuskan kepada perempuan, sehingga terkesan bahwa keluarga berencana adalah urusan perempuan saja. Data berbagai survei menunjukkan bahwa prevalensi pengguna kontrasepsi pria masih dibawah 2 %. Meskipun rendahnya rendahnya pengguna kontrasepsi berkaitan dengan pula dengan keterbatasan teknik kontrasepsi yang tersedia bagi pria, angka ini menunjukkan bahwa kepedulian pria terhadap keluarga berencana masih rendah. Mengingat upaya pengarus utamaan gender (*gender mainstreaming*) menjadi pendekatan umum pada setiap pembangunan nasional dan global, maka kesetaraan gender dalam mengatur kelahiran adalah menjadi ciri pembaharuan program keluarga berencana. Sejak kesepakatan ICPD, 1994 di Kairo, kesetaraan dan keadilan dalam keluarga berencana telah menjadi salah satu strategi utama dalam pelaksanaan program nasional. Diadopsinya *Millennium Development Goals*

(MDGs) sebagai tujuan pembangunan global, masalah kesetaraan dan keadilan gender memperoleh prioritas yang lebih tinggi karena menjadi salah satu sasaran dalam MDGs tersebut. Walaupun secara programatis kesetaraan dan keadilan gender merupakan strategi utama dalam program keluarga berencana, namun faktanya bahwa untuk meningkatkan kesertaan pria ber KB saat ini masih belum sesuai yang diharapkan. Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) tahun 2004-2009 salah satu indikator keberhasilan BKKBN adalah tercapainya kesertaan KB pria sebesar 4,5 % pada tahun 2009 (BKKBN, 2006).

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi seorang pria untuk ikut serta dalam memakai kontrasepsi. Pendidikan, pekerjaan, keterpaparan media massa, faktor kondisi lingkungan, pengalaman pribadi (BKKBN, 2008). Pengalaman pribadi seseorang sangat mempengaruhi seseorang dalam bersikap. Menerima pengalaman-pengalaman dari luar sikapnya tidak pasif, tetapi diterima secara aktif, artinya semua pengalaman yang berasal dari dunia luar itu tidak semuanya dilayani oleh manusia, tetapi manusia memilih mana-mana yang perlu dan mana yang tidak perlu dilayani. Jadi, semua pengalaman ini diberi penilaian lalu dipilih. Pemilihan itu ditentukan atas tinjauan apakah pengalaman-pengalaman itu mempunyai arti baginya atau tidak. Jadi, manusia setiap saat mengadakan pilihan-pilihan, dan semua perangsang tidak semuanya dapat dilayani. Tanpa pengalaman tidak ada keputusan dan tidak melakukan perbuatan atau bersikap (Ahmadi, 2007).

Manusia dituntut untuk mempunyai sikap. Tingkah laku seseorang tidak terlepas dari sikap yang dimilikinya. Menurut Vembriarto (2002), sikap sebagai

orientasi yang dipelajari terhadap objek atau sikap selalu mempunyai kecenderungan positif dan negatif. Rokeach (dalam Vembriarto, 2002) menjelaskan bahwa sikap berkaitan dengan perilaku, sikap merupakan predisposisi untuk berperilaku. Sikap dibentuk dari beberapa faktor, diantaranya faktor yang mempengaruhi dalam pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media masa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga keagamaan, serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar, 2008).

Sikap yang dimunculkan dapat berupa sikap positif dan sikap negatif. Sikap positif yaitu sikap yang menunjukkan atau memperlihatkan menerima, mengakui, menyetujui, serta melaksanakan norma-norma yang berlaku di mana individu itu berada dan sikap negatif yaitu sikap yang menunjukkan atau memperlihatkan penolakan atau tidak menyetujui terhadap norma-norma yang berlaku di mana individu itu berada (Ahmadi, 2007).

Sikap seorang pria terhadap kontrasepsi dipengaruhi oleh penerimaan terhadap kontrasepsi pria. Menurut Siswosudarmo (2007), ada dua macam penerimaan terhadap kontrasepsi yaitu penerimaan awal (*initial acceptability*) tergantung pada bagaimana motivasi dan persuasi yang diberikan oleh petugas KB yaitu dengan membahas dengan calon peserta berbagai pilihan kontrasepsi yang tersedia, memberikan informasi selengkap mungkin mengenai konsekuensi pilihannya, baik ditinjau dari segi medis teknis dan segi non medis agar tidak menyesal kemudian, membantu calon peserta KB memutuskan pilihannya atas metode kontrasepsi yang paling sesuai dengan keadaan khusus pribadi dan

keluarganya, dan membantu peserta KB dalam menyesuaikan diri terhadap kondisi barunya, terutama bila mengalami berbagai permasalahan baik yang nyata atau tidak nyata. Penerimaan lanjutan (*continued acceptability*) dipengaruhi oleh umur, daerah (desa atau kota), pendidikan, pekerjaan, agama, motivasi, adat istiadat, dan sifat yang ada pada cara KB tersebut. Sifat-sifat yang harus ada seperti aman (efek samping sedikit), efektif (angka kegagalannya kecil), sederhana, mudah pemakaiannya (tidak memerlukan intervensi medis yang sulit), murah, mudah didapat, tidak mengganggu senggama, tidak banyak memerlukan pemeriksaan ulang, dan reversibilitasnya tinggi. Menurut Rifai (dalam Haryadi, 1992), umur menunjukkan hubungan yang berarti dengan pemakaian jenis kontrasepsi, karena umur mempengaruhi kebutuhan alat yang diinginkan. Pendidikan dapat memperluas pengetahuan mengenai alat kontrasepsi, karena semakin tinggi pendidikan cenderung memakai kontrasepsi efektif. Pekerjaan suami yang profesional cenderung memakai kontrasepsi efektif dan responden dengan jenis pekerjaan jasa dan pekerja kasar cenderung memakai kontrasepsi kurang efektif.

Sikap akan terbentuk ketika ada stimulus dari luar dan dalam individu. Ketika individu dihadapkan oleh masalah kontrasepsi, maka terbentuklah sikap yang menerima kontrasepsi yaitu dengan ikut memakai kontrasepsi. Sikap positif terhadap kontrasepsi pria dapat dilihat dari Kompas (2008), pemakai kontrasepsi di Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2007 pria yang memakai kondom sebesar 4,6 % dan yang memakai vasektomi sebesar 203 orang. Faktor-faktor yang mempengaruhi bersikap positif, yaitu: menjarangkan kehamilan atau tidak

ingin mempunyai anak lagi, umur, tuntutan pekerjaan, tuntutan keluarga, biaya, dan pendidikan. Sikap negatif terhadap kontrasepsi yaitu tidak menerima yaitu dengan tidak memakai kontrasepsi dan beranggapan kontrasepsi hanyalah milik kaum wanita saja. Faktor-faktor yang mempengaruhi bersikap negatif, yaitu: salah informasi atau kurang informasi sehingga berbeda persepsi terhadap kontrasepsi.

Berdasarkan uraian diatas, penulis dalam penelitian ini mengajukan rumusan masalah yaitu "Bagaimana Sikap Suami terhadap Kontrasepsi Pria?". Adapun judul penelitian ini adalah SIKAP SUAMI TERHADAP KONTRASEPSI PRIA.

## **B. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sikap suami terhadap kontrasepsi pria.

## **C. Manfaat Penelitian**

Melalui penelitian ini dapat diambil manfaat:

### **1. Bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS)**

Agar para Pegawai Negeri Sipil dapat mendapatkan masukan atau informasi dari penelitian sehingga dapat menentukan sikapnya dengan mengambil keputusan yang terbaik dengan adanya peraturan dalam hal tunjangan anak.

### **2. Bagi Dokter atau Petugas Pelayanan KB**

Agar dapat memberikan kualitas pelayanan yang baik dengan memberikan informasi yang lebih lengkap dan akurat terhadap kontrasepsi untuk pria,



sehingga tidak terjadi kekurangan informasi dan kesalahan informasi yang membuat klien berpandangan negatif terhadap kontrasepsi ataupun keluarga berencana.

3. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)

Agar lebih meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas medis dalam pelayanan kontrasepsi.

4. Bagi Masyarakat

Agar lebih mengetahui tentang Keluarga Berencana dan dapat berperan aktif dalam KB demi mensejahterakan keluarga.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Agar peneliti dapat meningkatkan keterampilannya dan menjadi referensi bagi penelitian yang sejenis.